****

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ TAAHHÜTNAMESİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrencinin Adı Soyadı** |  |
| **TC Kimlik Nosu** |  |
| **Öğrenci Nosu** |  |
| **Programı** |  |
| **Sınıfı** |  |
| **Dersin Kodu ve Adı** |  |
| **Dersin İşleneceği Tarihi Aralığı** |  |
| **Uygulama Yeri/İş yeri** |  |
| **Dersin Sorumlu Öğr.Elemanı** |  |
| **Telefon No** |  |

Yukarıda bahsi geçen ders için, belirtilen tarih aralıklarında, ilgili kamu kurum kuruluşlarında / iş yerlerinde stajyer öğrenci olarak çalışmayıp sadece ders ile ilgili uygulamaları gözlemlemek için bulunacağım. Bu süre içerisinde dersin sorumlusu öğretim elemanının ve iş yerindeki sorumlunun bilgisi dışında herhangi bir girişimsel uygulama (kan alma, iğne batma vb.) yapmayacağım. Uygulama yapma yetkim olmadığı halde İş Kazası ve Meslek Hastalıkları kapsamında iş kazasına yol açacak bir girişimde bulunmam durumunda doğabilecek her türlü hukuksal yaptırımların tüm sorumluluğunu kabul ediyorum. …./…./20….

Adı Soyad

 İmza

………………………………………………………………………………………………………………….…………………

****

**DÜZCE ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**UYGULAMA DERSİ ÖĞRENCİ TAAHHÜTNAMESİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrencinin Adı Soyadı** |  |
| **TC Kimlik Nosu** |  |
| **Öğrenci Nosu** |  |
| **Programı** |  |
| **Sınıfı** |  |
| **Dersin Kodu ve Adı** |  |
| **Dersin İşleneceği Tarihi Aralığı** |  |
| **Uygulama Yeri/İş yeri** |  |
| **Dersin Sorumlu Öğr.Elemanı** |  |
| **Telefon No** |  |

Yukarıda bahsi geçen ders için, belirtilen tarih aralıklarında, ilgili kamu kurum kuruluşlarında / iş yerlerinde stajyer öğrenci olarak çalışmayıp sadece ders ile ilgili uygulamaları gözlemlemek için bulunacağım. Bu süre içerisinde dersin sorumlusu öğretim elemanının ve iş yerindeki sorumlunun bilgisi dışında herhangi bir girişimsel uygulama (kan alma, iğne batma vb.) yapmayacağım. Uygulama yapma yetkim olmadığı halde İş Kazası ve Meslek Hastalıkları kapsamında iş kazasına yol açacak bir girişimde bulunmam durumunda doğabilecek her türlü hukuksal yaptırımların tüm sorumluluğunu kabul ediyorum. …./…./20….

Adı Soyad

 İmza